

УДК 616.89-008.442-06:616.89

**Задорожний В. В.***ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины» (г. Харьков)***О связи неврологических проявлений  
с фундаментальными клиническими показателями  
у больных алкогольным делирием**

Неврологические проявления у больных алкогольным делирием (АлД) могут быть дополнительным ценным подспорьем в прогнозировании особенностей клинического течения и результатов заболевания. Это обусловлено тем, что многие неврологические симптомы у лиц с АлД возникают раньше психических расстройств и нозологически оформившихся соматических осложнений.

Обследованы 656 больных АлД. Все пациенты — мужчины в возрасте от 18 до 78 лет. Средний возраст составил  $44 \pm 1,1$  года. Из них у 213 имелись проявления «классического» АлД (F10.4), а у 378 — тяжелого АлД (F10.43). Сопоставлена выраженность ряда неврологических проявлений с фундаментальными клиническими показателями — длительностью периода психических нарушений и выживаемостью больных. Проводился факторный анализ результатов с применением программ Excel и SPSS.

Полученные данные представлены в таблице.

**Корреляции неврологических проявлений с фундаментальными клиническими показателями у больных АлД**

Название неврологического симптома	Влияние признака на длительность периода психических расстройств	Влияние признака на исход заболевания
1. Алкогольная полиневропатия	Достоверно увеличивает продолжительность психического периода	Достоверно снижает выживаемость больных
2. Хроническая алкогольная миопатия	Достоверно увеличивает продолжительность психического периода	Достоверно снижает выживаемость больных
3. Судорожный синдром	Достоверно увеличивает продолжительность психического периода	Достоверного влияния на выживаемость больных не оказывает
4. Бессонница	Наблюдается тенденция к уменьшению длительности периода психических расстройств	Достоверного влияния на выживаемость больных не оказывает
5. Повышение мышечного тонуса	Достоверно увеличивает продолжительность психического периода	Достоверно снижает выживаемость больных
6. Гиперкинетический синдром	Наблюдается тенденция к уменьшению длительности периода психических расстройств	Наблюдается тенденция к повышению выживаемости больных
7. Косоглазие (страбизм)	Достоверного влияния на длительность периода психических расстройств не имеет	Достоверного влияния на выживаемость больных не имеет
8. Нистагм глазных яблок	Достоверного влияния на длительность периода психических расстройств не имеет	Достоверно повышает выживаемость больных
9. Анизокория	Достоверно увеличивает продолжительность психического периода	Достоверно снижает выживаемость больных
10. Менингеальный синдром	Достоверно увеличивает продолжительность психического периода	Достоверно снижает выживаемость больных

В противовес расхожему мнению о том, что появление явных неврологических признаков у больных АлД сигнализирует о переходе заболевания к неблагоприятному

типу течения и формированию так называемой «острой алкогольной энцефалопатии по типу Гайе — Вернике», имеется целый ряд классических неврологических проявлений не только индифферентных к текущему состоянию больных АлД, но и даже коррелирующих с несомненным улучшением фундаментальных клинических показателей болезни. Это позволяет с новых позиций оценивать прогностическое значение неврологических проявлений у больных АлД.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

*Зильберблат Г. М., Черняховский И. А., Соколова М. А.  
КУ КОС «Областное психонаркологическое медицинское  
объединение» (Киевская область, Васильковский район,  
пгт. Глеваха)***Пути реформирования наркологической службы**

Война на востоке Украины, аннексия Крыма, миграция населения и, не в последнюю очередь, высокая распространенность алкогольной и наркотической зависимости — основные причины значительного ухудшения демографической ситуации в Украине. За 2010—2015 гг. численность населения уменьшилась на 3 022 тыс. человек (6,6 %), сельское — на 1 188 тыс. человек, городского — на 1 834 тыс.; трудоспособного — на 2 698 тыс. человек (9,8 %).

Среди лиц с наркологическими зависимостями немало больных туберкулезом, хроническими гепатитами, ВИЧ/СПИДом, вензаболеваниями, поздно диагностированными злокачественными новообразованиями.

На 01.01.2016 г. на учете в Украине — 484 115 больных хроническими алкогольными синдромами (1 12,8 на 10 тыс. населения) и 60 587 (14,1 на 10 тыс. нас.) — больных наркоманией. Принимая во внимание коэффициенты достоверности (8), для больных хроническим алкоголизмом это составляет 3 872 920 человек, а для больных наркоманией (коэффициент 10) — 622 000 человек.

Официальное уменьшение количества больных, состоящих на диспансерном учете, некоторые авторы считают обусловленным депопуляцией, отсутствием «госзаказа на здоровье», ослаблением взаимодействия наркологической службы с полицией и общественностью, неуклюжестью учреждений здравоохранения врачами-наркологами и рядом других факторов.

Увеличивается количество лиц, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) в сочетании с алкоголизмом и наркоманией.

В 2016 г. в состоянии опьянения совершено 13 413 преступлений: умышленных убийств — 567, причинение тяжких телесных повреждений — 777, телесных повреждений средней тяжести — 331, других — 3102; в 1892 дорожно-транспортных происшествий травмировано 2559 человек, погибло — 223. Показатели гибели и травматизма по вине пьяных преступников соизмеримы с потерями в антитеррористической операции.

Остается значительным количество неблагополучных, вследствие злоупотребления алкоголем семей, в которых дети — «сироты при живых родителях». На 1.01.17 г. лишь в Киевской области зарегистрированы 1903 такие семьи, в которых воспитываются 2599 детей (до 15 лет — 1394).

Либерализация законодательства, отсутствие давления со стороны государства, повлекли ежегодное снижение охвата наркобольных лечением в специализированных учреждениях здравоохранения, росту социально опасных заболеваний, преступности, подрыву обороноспособности государства.

Мы считаем необходимым:

— восстановить значимость института районного специалиста, психиатрическую основу наркологии, ввести специальность единого **базового психиатра**, при сохранении структуры районного психиатрического и наркологического кабинетов, областного психиатрического и наркологического диспансеров;

— доукомплектовать районные психиатрические, наркологические, детские кабинеты **врачами-психиатрами**;

— создать, в случае целесообразности, психонркологические медобъединения по примеру Киевской, Одесской, Ровенской, Запорожской и других областей.

Реформа наркослужбы, несомненно, улучшит организацию наркологической и психиатрической помощи населению, устраним антагонизм между психиатрами и наркологами, поможет повысить их профессиональный уровень, будет способствовать раннему выявлению, своевременному и качественному лечению, снижению уровня инвалидизации. При этом выиграет, в первую очередь, районное звено: будет обеспечена взаимозаменяемость, решение ряда социальных вопросов. Оказание качественной помощи лицам, страдающим ПТСР и другими психическими расстройствами в коморбидности с алкоголизмом и наркоманией, станет возможным через «одно окно».

Считаем необходимым, чтобы зависимостями (аддикцией) занимались психиатры, как в Европе, США и двадцать лет назад — в Украине.

УДК 616.89-02:547.262-037

*Кузьмін В. Н.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)*

### **Клінічні варіанти стану відміни алкоголю з делірієм**

Метою дослідження було вивчення клінічних варіантів стану відміни алкоголю з делірієм у госпіталізованих в спеціалізований стаціонар. Було обстежено 200 хворих, повторно госпіталізованих з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм. Вік хворих становив 30—40 років. У всіх хворих початок психотичних розладів був пов'язаний зі станом відміни алкоголю. Абортивний перебіг спостерігався у 42 % (82) хворих. До цього варіанту перебігу можна віднести варіанти перебігу психозу з тривалістю менше доби. Для них були характерні: порушення сну з жахливими сновидіннями, короткочасна сплутаність у вечірній час, парейдолії, короткочасні поодинокі зорові, тактильні галюцинації, що істотно не впливали на поведінку хворого. Для них не було характерно значне психомоторне збудження. Одування наставало критично після тривалого медикаментозного сну. Варіант перебігу алкогольного делірію з клінічною картиною, яка близька до класичної, відзначалася в 12,5 % (25) хворих. У цій групі спостерігалася виражене психомоторне збудження, від ефективності купірування якого залежав прогноз захворювання. У разі неефективності його лікування відбувалися пролонговані психози 12 % (24 особи). Для цієї групи були характерними найбільш виражені порушення свідомості (в низці випадків діагностований аментивний синдром). У деяких випадках траплявся онейроїд, який свідчив про тяжкий перебіг психозу. У хворих звужувався спектр психопатологічних розладів і спостерігалася збільшення тяжкості соматоневрологічних порушень. В деяких випадках психічний стан можна було характеризувати як кататонічний синдром. Галюцинаторна форма спостерігалася у 39 % (78) — у клінічній картині таких пацієнтів переважали галюцинаторні переживання — зорові, слухові, тактильні. Здебільшого

про їхню наявність лікар дізнавався від самих хворих. Соматоневрологічні порушення, характерні для стану відміни, були найменш виражені. Афект страху зазвичай був значніший при слухових галюцинаціях. Параноїдна форма спостерігалася у 5,5 % (11) хворих. У декотрих хворих була ендормна клінічна картина з синдромом Кандинського — Клерамбо. Під час повторних епізодів психотичних розладів у хворих загалом повторювався паттерн психопатологічної структури першого в житті перенесеного металкольного психозу, при цьому тяжкість психозу не збільшувалася.

Отже, різноманіття симптоматики при стані відміни алкоголю з делірієм спричиняє певні труднощі під час розмежування алкогольного делірію, алкогольного галюцинозу, алкогольного параноїду. У низці випадків у хворих з алкогольною залежністю спостерігаються металкольні психози зі складною психопатологічною картиною, що не вкладається в рамки зазначених вище. Треба зауважити, що трактування психічних порушень як делірію істотно різниться не тільки у лікарів різних спеціальностей, а й у лікарів-психіатрів. Діагностувати деліріозне затьмарення свідомості в низці випадків проблематично у зв'язку з мерехтінням симптоматики та випадінням з поля зору лікаря хворого у вечірній час. Критерій порушеної свідомості як основи для діагностики делірію (дезорієнтація, дезорганізація мислення, порушення уваги тощо) складний в інтерпретації, в зв'язку з тим, що при будь-якій психотичній симптоматиці тою чи іншою мірою відбувається порушення свідомості в широкому сенсі. При тривалому безсонні, яке часто передуює розвитку психозу, після короткочасного спонтанного або медикаментозного сну дезорієнтація має ознаки сплутаності, що пов'язана з просоночним станом.

На наш погляд, ключовими критеріями віднесення алкогольного психозу до стану відміни алкоголю з делірієм мають бути зв'язок психотичного стану зі станом відміни алкоголю, швидка редукція всієї психотичної симптоматики після припинення соматовегетативних проявів стану відміни алкоголю і нормалізації загального стану хворого. Різноманітні за психопатологічною структурою психотичні стани (відмінні від класичного варіанта), в зв'язку з переважанням їх в загальній кількості, варто трактувати як клінічні варіанти стану відміни алкоголю з делірієм, а не атипові варіанти алкогольного делірію.

УДК 616.89-008.441.13:615.851

*Лісна Н. М., Бараненко О. В.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)*

### **Клінічні характеристики пацієнтів з різним рівнем терапевтичного альянсу**

У більшості наукових досліджень в наркології домінує вивчення біологічних механізмів залежності як об'єктивної причини захворювання і ігнорується важлива роль суб'єкта лікування, який має власне сприйняття пережитої хвороби, особистісне ставлення до лікаря та рекомендованого лікування, складні відносини зі своїм близьким оточенням.

Надзвичайно значущим стає формування комплаєнса, тобто прихильності хворого до лікування і співпраці з лікарем. Визнано, що одним з головних чинників підвищення та підтримки оптимального комплаєнса є особливий тип відносин між лікарем і пацієнтом з формуванням емпатичного зв'язку — терапевтичний альянс (ТА).

З літературних джерел відомо, що чинники, які впливають на існування терапевтичного альянсу між фахівцями у галузі наркології та їх залежними пацієнтами, практично не досліджувались. Отже, метою цієї роботи є визначення